

Quando a Imagem Engana: Fístula Carotídeo-Cavernosa Simulando Isquemia em Núcleo Lentiforme

Mahara Sofia Venzke Nothafft¹, Andressa de Oliveira Felício¹, Camila Haas¹, Lorenzo Fauth Lucchese Moraes¹, João Gabriel Simonetti Azcue¹, Felipe Moscon Salvo¹, Vitoria Lunardi Xavier¹, Ana Carolina Tregnago¹, Diogo Reginatto Fetzer Caetano¹, Gabriel Milanez Cardoso¹, Luiza Butzke Bertani da Silva¹, Ricardo Bernardi Soder¹.

1 - Hospital São Lucas da PUCRS (HSL - PUCRS)

INTRODUÇÃO:

A fístula carotídeo-cavernosa (FCC) é uma comunicação cerebrovascular anormal entre o sistema carotídeo e o seio cavernoso, geralmente secundária a traumatismo cranioencefálico (TCE). O diagnóstico depende da integração entre clínica e imagem, uma vez que apresentações atípicas podem mimetizar outras condições neurológicas e retardar o tratamento.

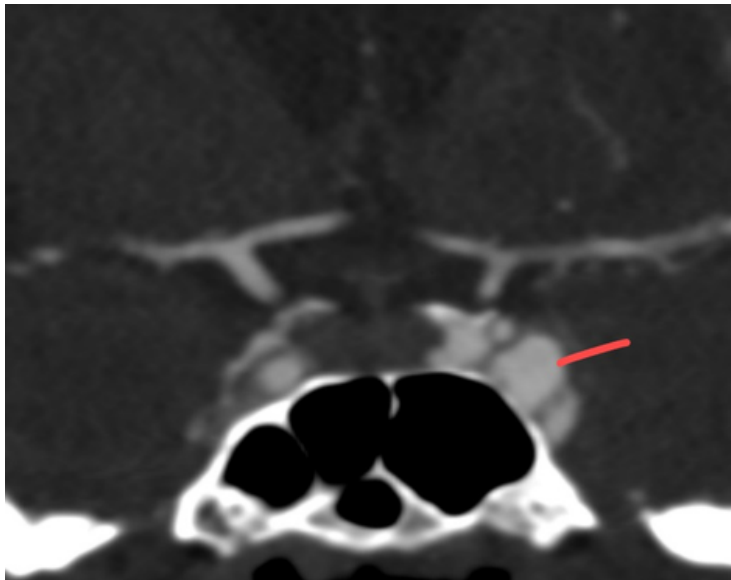
DESCRIÇÃO DO CASO:

Mulher de 60 anos, previamente hígida, vítima de politrauma por acidente de trânsito, foi diagnosticada com TCE e hemorragia subaracnóidea temporoparietal esquerda. Evoluiu com quadro confusional multifatorial, diplopia binocular e paresia do reto lateral esquerdo, recebendo tratamento conservador e alta hospitalar. Após três semanas, retornou com piora oftalmológica progressiva, apresentando lacrimejamento, quemose, ingurgitamento conjuntival, proptose, hipertensão ocular, redução da acuidade visual e paralisia parcial dos III e IV nervos cranianos à esquerda. A angiotomografia evidenciou hipodensidade associada a edema vasogênico em núcleo lentiforme esquerdo, achados inicialmente interpretados como compatíveis com isquemia aguda (**Figura 1**). Diante da progressão clínica, foi realizada reavaliação dos exames de imagem, que levantou a hipótese de FCC esquerda (**Figura 2**). A arteriografia cerebral confirmou o diagnóstico ao demonstrar desvio de fluxo da carótida interna esquerda para o seio cavernoso, enchimento precoce do seio cavernoso e ectasia da veia oftálmica superior ipsilateral. Foi realizada angioembolização endovascular, com melhora clínica progressiva e angiotomografia de controle sem evidências de persistência da fístula.

Figura 1



Figura 2



DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS FINAIS:

As FCCs podem ser classificadas em diretas ou indiretas. As diretas, geralmente traumáticas, apresentam alto fluxo e resultam de comunicação entre a carótida interna e o seio cavernoso. Clinicamente, podem manifestar-se por proptose, quemose, hiperemia conjuntival, alterações visuais e déficits dos nervos cranianos que atravessam o seio cavernoso. A tomografia computadorizada e a angiotomografia frequentemente demonstram sinais indiretos, como dilatação da veia oftálmica superior, aumento do seio cavernoso, congestão orbitária e espessamento dos músculos extraoculares. Entretanto, alterações secundárias à hipertensão venosa cerebral podem produzir achados parenquimatosos incomuns, incluindo edema vasogênico e hipodensidades que simulam eventos isquêmicos. A arteriografia cerebral permanece como padrão-ouro diagnóstico por permitir a caracterização da fístula, do padrão de drenagem venosa e da presença de refluxo cortical, além de possibilitar planejamento terapêutico. O caso ilustra uma apresentação radiológica atípica de FCC traumática, na qual a hipodensidade do núcleo lentiforme esquerdo levou inicialmente à suspeita de isquemia cerebral. A correlação clínico-radiológica foi fundamental para o diagnóstico, ressaltando a importância dessa hipótese em pacientes com trauma prévio e sinais neuro-oftalmológicos progressivos.

REFERÊNCIAS:

- BARROW, D. L. et al. Classification and treatment of spontaneous carotid-cavernous sinus fistulas. *Journal of Neurosurgery*, v. 62, n. 2, p. 248-256, 1985.
- RACT, I. et al. Extensive basal ganglia edema caused by a traumatic carotid-cavernous fistula: a rare presentation related to a basal vein of Rosenthal anatomical variation. *Journal of Neurosurgery*, v. 121, n. 1, p. 63-66, 2014.
- WILLIAMS, Z. R. Carotid-cavernous fistulae: a review of clinical presentation, therapeutic options, and visual prognosis. *International Ophthalmology Clinics*, v. 58, n. 2, p. 271-294, 2018.